

MAM- C-22-12-2763

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य सहायता)		
APPLICATION No.: M/0123/0032		APPLICATION DATE: 09/01/23		
NAME of APPLICANT: Vinod Kumar		AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Babu Ram		48	M	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Chaturpur Khutan - Khad Panchsati				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above				
OCCUPATION: Farmen		☒ MARRIED (विवाहित) / ☐ UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: 36,000/-		(Attach Proof of Income) (आय का सबूत प्रदान करें)		
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No हाँ / नहीं				
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sl. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनति आधार				
☐ BPL Card (Attach Card Copy) सीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	☒ Disability Card (Attach Copy) असमर्थता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये निम्नी का उद्देश्य:				
Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित दवाही संलग्न			
1.	Diagnosis RE - Senile Cataract LE - Senile Cataract			
2.	(1.5) STES with Proximal Isthm Comp			
ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?				
Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED सी गई सहायता राशि		
1.	DBPS	2,000/-		

Koshika
foundation

Building Blocks of life



PASTE PHOTO HERE

PreOP - PostOP

